Alvarez (Jr)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

BREVE ESTUDIO

DE UN

NUEVO PROCEDIMIENTO PARA LA CURACION RADICAL

DE

LA CAIDA DEL UTERO.

TÉSIS

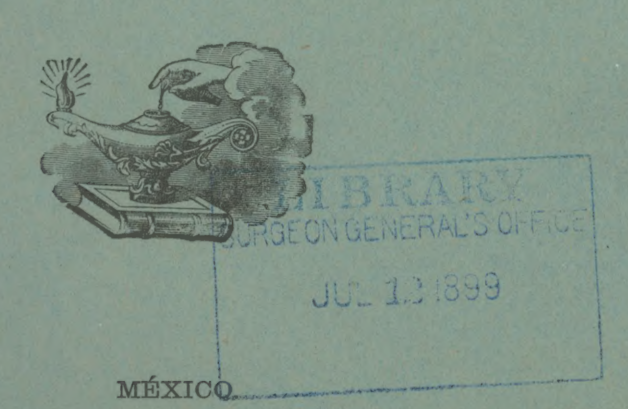
para el exámen general de Medicina Cirujía y Obstetricia presentada

POR

FRANCISCO ALVAREZ,

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina

y practicante del Hospital Ginecológico "Angel Gonzalez Echeverría."



MÉXICO.

Tip. Berrueco Hermanos, Primera calle Ancha núm. 12.

1885

Sr. Dr. José M. Bandera.
1a del Factor 1.

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

BREVE ESTUDIO

DE UN

NUEVO PROCEDIMIENTO PARA LA CURACION RADICAL

DE

LA CAIDA DEL UTERO.

TÉSIS

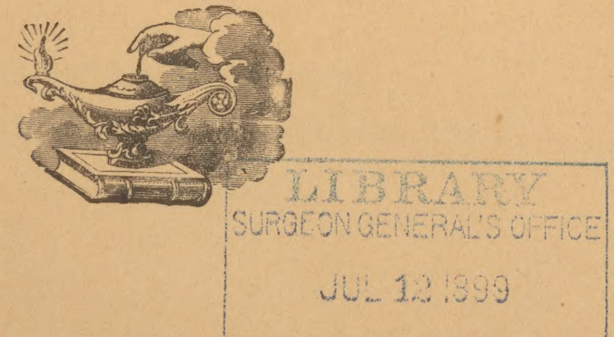
para el exámen general de Medicina Cirujía y Obstetricia presentada

POR

FRANCISCO ALVAREZ,

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina

y practicante del Hospital Ginecológico "Angel Gonzalez Echeverría."



MÉXICO.

Tip. Berrueco Hermanos, Primera calle Ancha núm. 12.

1885

A MI FAMILIA,

débil prueba de cariño.

A MI MAESTRO,

EL SEÑOR DOCTOR JUAN FENELON,

respeto y gratitud imperecedera.

A LOS SEÑORES PROFESORES

DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MEXICO,

su discípulo agradecido.

EN esta capital hay un establecimiento, único por el objeto de su institucion, al que se llama Hospital "Angel Gonzalez Echeverría," para perpetuar la memoria de su bien inspirado fundador. Allí pueden estudiarse las numerosas y variadas afecciones del aparato útero-ovárico, que se presentan en las mujeres de nuestro país; amargando la vida de estos seres, muy especialmente cuando por las vicisitudes propias de ella, necesitarian descanso y tranquilidad.

Las metritis de todas clases, las leucorreas, los cancroides, cánceres y fibromas, los quistes y fibroquistes, son constantemente anotados en las estadísticas, sin que en tiempo alguno del año se interrumpa la cadena de pacientes que al Consultorio y á las

camas del Hospital llegan á curarse de esas enfermedades.

Uno de los padecimientos observados con más frecuencia es la caida de la matriz, que muy tolerable cuando es incompleta, puede llegar á producir desórdenes bastante graves para contarse en el número de las afecciones insoportables, y no es por tanto de extrañar que los cirujanos ginecologistas busquen la manera de curarla radicalmente, aun sacrificando alguna vez la funcion importante encomendada al órgano, la generacion.

En circunstancias de elegir un punto de estudio para mi tésis, y no teniendo noticia de que exista trabajo alguno, nacional, que trate de dicha enfermedad, preferí ocuparme de ella; fijando sobre todo mi atencion en la sencillez y buenos resultados del procedimiento que para curarla he visto emplear á mi maestro el Sr. Dr. Juan Fénélon.

Describiré la operacion á que me refiero, procurando hacer perceptibles los fundamentos que tuvo su inventor para ponerla en práctica, y que creo de peso para ser tomados en consideracion por nuestros ginecologistas; pero antes me propongo recordar algunos detalles anatómicos del aparato génito–urinario de la mujer, y de la region en que se opera; hacer reminiscencia de las causas más frecuentes de la caida del útero, y aunque de un modo sucinto, enumerar las diversas operaciones que se han empleado para curarla definitivamente.

Acompaño mis apuntes de algunas observaciones recogidas en el Hospital "Gonzalez Echeverría," haciendo mencion de las respectivas modificaciones que ha sufrido el procedimiento, y termino con las con-

clusiones prácticas que pueden deducirse de dichas observaciones.

Dejo á personas competentes, traten debidamente la materia, y me conformo con la honra de haber iniciado su estudio.

I.

El útero, situado en la pequeña pelvis, entre la vejiga que está delante y el recto hácia atras, se halla cubierto en su fondo por las circunvoluciones intestinales, continuándose abajo con la vagina.

Su posicion es siempre la misma en el estado normal; sin embargo, tiene una gran movilidad que depende del estado de replesion ó de vacuidad de los órganos vecinos; movilidad que es el punto de partida de los desalojamientos que sufre con tanta frecuencia.

El órgano de la gestacion tiene la forma de una pera comprimida de adelante atras; su volúmen y dimensiones, esencialmente variables segun la edad de la mujer, y las diversas faces fisiológicas de su vida, es muy difícil de señalar exactamente; así como las dimensiones respectivas del cuerpo y del cuello en la nulípara y en la que ha sido madre.

El útero, examinado en su conjunto, presenta tres diámetros, cuyos tamaños son por término medio, segun Courty, los siguientes: diámetro vertical, 60 á 70 milímetros; diámetro transverso, 35 á 45, y diámetro antero-posterior, 20 á 25. Cuando la longitud del órgano es en las nulíparas de 60 milím., el cuello mide 32 á 36; en las multíparas el cuerpo aumenta 4 á 5 milím.

Colocado en parte en la cavidad abdominal y en parte en la vagina, se le pueden considerar, para establecer sus relaciones, dos caras, dos bordes y dos extremidades.

La cara anterior, convexa, lisa y unida, en la parte correspondiente al cuerpo está tapizada por el peritoneo, que se detiene al nivel de la union del cuerpo y del cuello para continuar en la cara posterior de la vejiga. Abajo del istmo del útero, la cara anterior del cuello está en relacion con la parte posterior é inferior del receptáculo urinario, á la cual está unida por tejido celular. En fin, en la union del tercio inferior con el tercio medio, el cuello está cubierto por la mucosa vaginal, que por su reflexion forma el fondo vaginal anterior. Entre el fondo vaginal y el peritoneal ó vesico-uterino, existe, pues, una pared intermedia cuya altura es de 15 milímetros aproximativamente, formada por tejido celular atravesado por los vasos sanguíneos y linfáticos que emergen del cuello.

La cara posterior está igualmente tapizada por el peritoneo, que del útero se refleja sobre el recto; la serosa cubre no solamente el cuerpo del órgano, sino la porcion supra-vaginal del cuello, y se dirije al intestino despues de haber cubierto la parte superior de la vagina. A consecuencia de la union del peritoneo con este canal, el espesor del tabique membranoso que separa su cavidad de la del abdómen, es mucho ménos considerable que hácia delante, y de aquí los peligros de toda intervencion quirúrgica al nivel del fondo vaginal posterior.

El útero sano y fuera de la gestacion es muy móvil: el cuerpo solo está sostenido por ligamentos fláxidos y puede fácilmente dirigirse hácia adelante y hácia atras. El órgano se mueve, entonces, al rededor de un eje ficticio representado por la insercion de la vagina sobre el cuello, por los ligamentos útero-sa-

cros y su union íntima con la vejiga, y mediata con el púbis; haciéndose esta última, por una especie de anillo suspensor que limita los desalojamientos.

Respecto á la profundidad á la cual el útero está situado en el fondo de la vagina, los observadores no están de acuerdo: puede en efecto, variar segun que se practica el tacto estando la mujer en pié ó acostada, y tal vez, segun la costumbre y la habilidad del examinador. De una manera general, el cuello debe estar distante de la entrada de la vagina, 6 á 8 centímetros.

La multiparidad no hace variar estas cifras cuando la mujer está en posicion horizontal; pero en la estacion en pié, mientras en la nulípara no se observan cambios apreciables, en la multípara el cuello y los fondos vaginales se aproximan al anillo valvular diez á doce milímetros, sin traer por esto perturbacion alguna.

El eje longitudinal de la matriz es oblícuo de adelante atras y de arriba abajo, presentando una ligera inclinacion de derecha á izquierda. Sappey piensa que dicho eje es del todo rectilíneo; pero segun Velpeau, Boullard, Aran, Verneuil, Richard y otros, el útero presenta una ligera flexion en su parte anterior.

Tres pares de ligamentos están destinados á sostener en su lugar el órgano referido: los ligamentos redondos, los ligamentos anchos y los útero-sacros.

Los ligamentos redondos están formados por dos haces de fibras musculares y de fibras lisas, que partiendo de la mitad correspondiente de la cara anterior del útero, se reunen en dos cordones gruesos y aplanados, de 6 á 7 milímetros de ancho. Estos

cordones se dirigen hacia adelante y afuera, se introducen en los canales inguinales, los recorren, y se terminan en el tejido conectivo del monte de Venus, y en los grandes labios. Están comprendidos en las alas anteriores de los ligamentos anchos, y miden 12 á 15 centímetros de longitud.

Se llaman ligamentos anchos, dos repliegues del peritoneo, que partiendo de los bordes del útero, se dirigen á las paredes de la excavacion. Estos repliegues son cuadriláteros, verticalmente dirigidos, y forman un tabique que divide la cavidad pelviana en dos lóculos, uno anterior y el otro posterior, sensiblemente iguales cuando el útero conserva su posicion normal.

El modo de formacion de los ligamentos anchos es fácil de comprender. Las caras anterior y posterior del útero están cubiertas por el peritoneo, adhiriendo esta membrana, muy íntimamente, al tejido uterino. Llegada al nivel de los bordes laterales, sigue dirigiéndose hácia fuera, hasta las paredes de la pelvis, para continuarse con el peritoneo parietal.

Los ligamentos anchos contienen en su espesor los ovarios, las trompas de Falopio, los ligamentos redondos, y segun Rouget, una tenue capa muscular, continuacion de las fibras superficiales del útero.

Dos ligamentos falciformes nacen de la cara posterior del útero, y rodeando el recto, van á insertarse á la tercera y cuarta vértebras sacras; están formados de fibras musculares, tejido conjuntivo, vasos y nervios: estos son los ligamentos útero-sacros.

Son diversas las opiniones que se han emitido respecto á la importancia de estos ligamentos, como suspensores de la matriz. Para unos, el principal

papel está encomendado á los repliegues peritoneales que forman los ligamentos anchos: otros creen que los cordones musculares, constituidos por las fibras mismas del útero, son los más á propósito para llenar el objeto.

Alquié entre estos últimos, tuvo la idea de corregir el prolapsus de la matriz con el acortamiento de los ligamentos redondos; Adam de Glascow y Alexandre de Liverpool, pusieron en práctica esta operacion en 1881, (1) mientras que Tillaux llama idea singular la apreciacion de Alquié, considerando que los ligamentos anchos son los únicos que sirven para sostener la matriz. (2)

Hatin confiesa que las funciones de los ligamentos redondos le son desconocidas. (3)

Rainey les atribuye como funcion principal atraer el útero hacia la sínfisis pubiana, durante la aproximacion sexual, para favorecer la ascension de la esperma. (4)

Para Nœgele y Grenser, impiden, *probablemente*, la retroflexion de la matriz, y mantienen su fondo inclinado hácia delante en la primera mitad del embarazo. (5)

Beaunis et Bouchard, Chailly Honoré y Cazeaux (6) declaran que los ligamentos suprapubianos son los más importantes, porque sirven para fijar el útero y prevenir sus dislocaciones.

Segun el Dr. Fénélon, la accion del ligamento re-

---

(1) Reveu de Chirugie, Paris, 10 Fevrier 1885.
(2) Tillaux, Anathomie topographique, 1879.
(3) Maladies des femmes, 1835.
(4) Playfair, Traité des accouchements, 1879.
(5) Traité des accouchements, 1869.
(6) Ultimas ediciones.

dondo sobre el fondo del útero, no es dudosa: le obliga á conservar una posicion declive, por la cual el gran eje del órgano hace un ángulo hácia delante con el eje de la cavidad pelviana y vaginal. Cuando falta la accion de dicho ligamento, el útero se inclina hácia atras, y queda en la posicion más apropiada para deslizarse en el conducto vagino-pelviano.

Ante opiniones tan diversas y respetables, se puede observar una que cuenta con mayor número de partidarios: la que considera los ligamentos redondos, si no los únicos, los más importantes para sostener la matriz.

Y ciertamente, la idea criticada por Tillaux no es despreciable, si se tienen presentes los fundamentos de los autores que la defienden.

Los ligamentos redondos ó suprapubianos, formados por tejido elástico y muscular, que es la continuacion de las fibras del útero, reunidas en un cordon resistente, tienen que desempeñar, sin duda, una funcion que al peritoneo no podria ser encomendada, conocida la tenuidad de su tejido, y su exquisita susceptibilidad.

Frecuentes son, por desgracia, los casos en que el útero se presenta fuera de la vulva, y en ninguno hemos observado que la paciente sufra perturbaciones por parte de la serosa abdominal, expuesta á soportar las consecuencias de un restiramiento exagerado, si su destino fuera sostener la matriz; y sí se nota que uno de los síntomas subjetivos constantes en dicha enfermedad, es el dolor, á veces insoportable, hácia la region pubiana.

Perdiéndose en el monte de Venus y en los grandes lábios, las fibras de los ligamentos redondos, des-

lizan ántes sobre las ramas horizontales de los pubis, que hacen veces de polea y sirven de punto de apoyo para atenuar la potencia representada por el útero.

No sucede lo mismo con los ligamentos anchos, que, formados de tejido mucho mas tenue, y abandonados á su propia fuerza, no podrian sostener directamente un peso como el del útero, sujeto á las leyes de gravedad, y colocado en circunstancias favorables para ser desalojado por el más pequeño esfuerzo ó movimiento intempestivo.

Pues si los ligamentos redondcs están constituidos por el tejido mismo del útero, colocados de manera que puedan sostenerlo mejor, y se presentan dolores en la region donde vienen á insertarse, cuando existe la caida de dicha entraña; faltando estas circunstancias por parte de los ligamentos anchos, es lógico pensar que los primeros tienen un papel más importante para sostener la matriz. Esta es la opinion del autor del procedimiento de que nos vamos á ocupar, y en ella se ha fundado para inventarlo.

Difícil de describir la region en que se produce el traumatismo al practicar dicha operacion, puede considerarse aquella como un pequeño espacio, del cual se han separado los órganos importantes que en él pudieran encontrarse, poniendo en contacto la pared vaginal con la del abdómen.

El campo operatorio se halla, superficialmente, en el límite inferior de la pared del vientre, á 6 cent.

poco más ó ménos de la línea blanca, y al nivel del monte de Venus; correspondiendo al borde superior de la rama horizontal del púbis, hácia fuera de la espina pubiana. Deslizando sobre dicha rama en una direccion oblícua de fuera á dentro, de delante atras y de arriba abajo, hasta llegar á la extremidad superior de la vagina, (1) se encuentra el tejido conjuntivo subperitoneal, rodeando el ligamento redondo, cuyas fibras comienzan á esparcirse; más profundamente aún, la capa celulosa perivaginal. En la vecindad de este trayecto hay órganos de mucha importancia.

La serosa parietal del abdómen se refleja sobre la vejiga, 3 ó 4 cent. arriba del pubis; pero las asas del intestino delgado pueden estar ocupando los intersticios de las vísceras en la cavidad pelviana.

La vejiga, situada en la línea media, atras de la sínfisis pubiana, tiene una forma ovoidea, de mayor extremidad hácia abajo: medianamente distendida, mide 60 á 65 milím. en su diámetro transverso.

Los vasos iliacos se dirigen oblícuamente afuera y adelante, hácia la eminencia ileopectinea, que dista de la espina del pubis 50 á 55 milím.; pero en la posicion tocológica, el paquete vascular sufre una desviacion que lo aleja mucho más de dicha espina.

Pocas son las ramas colaterales, que partiendo de la iliaca externa y del principio de la femoral, se hallan cerca de la region en que se opera.

La arteria epigástrica nace medio centímetro arriba del arco crural, se dirige hácia dentro, abajo y adelante, describe una curva de concavidad superior,

(1) Esta misma direccion, en sentido inverso, sigue el trocar al practicar la operacion.

en la cual se encuentra el ligamento redondo, en la mujer, y sube oblícuamente, atras del facia transversalis, delante del peritoneo, entre las fosetas inguinales interna y externa, yendo á anastomosarse con la mamaria interna.

La tegumentosa sube oblícuamente hácia la línea media, hasta perderse cerca del ombligo.

Las pudendas se dirigen á los grandes lábios, en donde se ramifican.

Algunos vasos de pequeño calibre se ven atravesar el tejido celular retro-pubiano, terminando en la parte superior de la vagina y en el cuello del útero.

II.

Son varias las causas que se mencionan como factores de la caida del útero, y pueden recopilarse en pequeños grupos, que, comprendiéndolas mejor, permitan llenar indicaciones con la posible precision. Bajo el punto de vista quirúrgico, se pueden admitir dos grandes divisiones: en la primera se comprenden las que por sí solas no pueden producir el desalojamiento de la matriz, sin haber ántes relajado los tejidos por los cuales este órgano se encuentra sostenido en su lugar; la segunda abraza los desórdenes producidos en los mismos tejidos, y que causan el inmediato descenso de la entraña. Pueden llamarse indirectas ó mediatas las primeras; directas ó inmediatas las segundas. El cirujano debe fijar su atencion sobre las causas que produjeron el mal, indirectamente, para suprimirlo si fuere posible é intervenir cuando la afeccion persista por la alteracion de los tejidos sostenedores de dicha entraña.

La caida del útero solo podrá verificarse cuando los tejidos que lo sostienen no desempeñen su papel como deben: obedeciendo á este mecanismo, se produce siempre dicho accidente, precedido de ordina-

3

río por causas indirectas cuya variedad es fácil comprender.

Cuando se examina una mujer afectada de pereza intestinal, se encuentra la ámpula rectal llena y distendida, de tal modo, que levanta el cuello, y pone al cuerpo del útero en direccion del eje de la pelvis, es decir, á propósito para su desalojamiento: colocado así el órgano, la presion del diafragma lo impulsará hácia la vulva, la cual, por esta accion continuada, se dilatará fácilmente. Basta, pues, muchas veces, el atascamiento prolongado del recto, para que el prolapsus uterino llegue á verificarse, y casos se han visto, en mujeres doncellas, en que la matriz, impulsada por la compresion de las materias excrementicias, ha producido la desfloracion, desgarrando el hímen de dentro afuera. (1)

El aumento de volúmen del cuello del útero, lo obliga á tomar la direccion arriba indicada, y lo encamina á la procidencia, para la que el aumento de peso contribuye tambien. Los ligamentos suspensores del órgano, que normalmente pueden sostenerlo, se dejan distender, y el útero cae. Suprimir el cuello es la indicacion en este caso; y sin embargo, habrá solo probabilidades de éxito, cuando las fibras conserven su resorte; en el caso contrario, que es el más frecuente, la Cirujía tendrá que suplirlo.

Pero la causa que con más frecuencia dá lugar á la caida de la matriz, debida unas veces al descuido de las parteras, y otras (el mayor número) á la ignorancia del vulgo, es levantar prematuramente á las

---

(1) Me ha referido un caso de éste género, mi honorable amigo el Dr. Malanco.

recien paridas. Indudablemente, la posicion vertical en las puérperas, cuando la involucion uterina no se ha completado, hace que la entraña pese sobre los ligamentos relajados, y en consecuencia cuelgue propendiendo á caer.

En el último periodo del embarazo, el fondo del útero se eleva hasta la region más alta del abdómen, y las fajas ligamentosas que rodean el órgano son obligadas á poner en juego su elasticidad á un grado extremo: expulsado el producto de la concepcion, la entraña disminuye gradualmente de volúmen y de peso, durante el puerperio, y los ligamentos se retraen de la misma manera; si el cuerpo toma una posicion declive ántes de terminar este periodo, el desalojamiento de la matriz se verificará, obedeciendo á las leyes de la pesantez, y sin obstáculo por parte del canal vulvo-uterino, que se encuentra entonces bastante dilatable. Tenemos ahora en el Hospital, una jóven indígena, que despues de un solo parto, levantada cuando aun no se involucrara el útero, y por haber hecho esfuerzos al parecer de poca significacion, tiene procidencia del útero, vejiga y recto.

Junto á estos peligros pudieran colocarse los que se presentan cuando, segun la práctica antigua, se coloca á la mujer en una silla de asiento perforado, para que el parto se verifique estando la parturiente en la posicion sentada.

En fin, hay muchas mujeres, que sin causa mediata conocida, parecen estar predispuestas á que su matriz se desaloje, aun por el mas ligero esfuerzo. Encuéntranse estas mujeres muy especialmente entre las que han padecido largo tiempo flujos leuco-

rreicos exhalados por las paredes vaginales, pues en este caso, la vagina lubrificada, facilita el deslizamiento del útero. Un golpe insignificante, una caida sobre las posaderas, ó algun otro motivo semejante, son bastantes á producirlo; notándose con más frecuencia este accidente, en las mujeres que tienen cortedad congénita de la vagina.

Todas estas causas, bastante importantes, vienen á producir la caida del útero; pero no son ellas las que deben servir de punto de mira al ginecologista que quiere remediar esta enfermedad, y sí las directas ó inmediatas. Desde hace muchos años, los operadores fijan su atencion solo en estas últimas, y de preferencia en el canal que da paso al órgano desalojado, inventando los recursos que en seguida se citan.

III.

Desde principios de nuestro siglo, Hamilton propuso curar el prolapsus uterino, provocando una inflamacion adhesiva en las paredes de la vagina, no siendo sancionada su teoría por los hechos, vista la dificultad con que se forman adherencias en las mucosas simplemente inflamadas. Hamilton, sin embargo, tuvo el gran mérito de haber iniciado la curacion de una enfermedad ante la cual se consideraba impotente la ciencia en aquella época.

Una operacion semejante fué puesta en práctica el año de 1823 por un notable ginecologista, Ireland, quien buscaba la produccion de adherencias, ya fuera por medio de los escaróticos, ó avivando las superficies con el bisturí; pero no en el canal vulvo-uterino sino en las caras internas de los grandes labios.

La provocacion de adherencias por medio de los escaróticos, para estrechar ú obliterar la vagina, fué un adelanto en la Ginecología; mas desgraciadamente fué tambien un método, que aunque aceptable por sus resultados, no llenó las aspiraciones de los que lo practicaron, por los terribles sufrimientos que

con él se ocasionan á mujeres agotadas ya con los padecimientos propios á su enfermedad.

En la misma época, un médico francés, Girardin, empleó la sutura mediana, transversal en la extremidad vulvar de la vagina; quedando así dividida la abertura del canal en dos conductos que no permitian la salida del útero.

De igual fecha existen casos de curacion de prolapsus del útero por estrechamiento vaginal, provocado con el desprendimiento de un colgajo de mucosa, y sutura de la herida; habiendo adoptado este método Dieffenbach, despues de un caso que tuvo en su práctica, en el cual vió verificarse la reduccion espontánea del prolapsus, por estrechamiento de la vagina, consecutivo á gangrena de este canal.

Más tarde, Cruveilhier, modificando el procedimiento de Dieffenbach, prefirió la escision de varios colgajos de mucosa cerca del cuello uterino, y en estos últimos años se han hecho numerosas modificaciones á los métodos anteriores, siempre con el mismo fin, buscando ya el estrechamiento, ya la obliteracion del conducto vaginal. Así consta en las estadísticas publicadas en Paris á principios de 1884 (1) en donde se citan diez casos operados por Neugebauer en 1880 y quince por Leon Lefort hasta Julio de 1882, siguiendo procedimientos análogos á los de Dieffenbach y Cruveilhier.

En las operaciones practicadas en la Clínica Ginecológica de San Petersburgo, de 1877 á 1882, tambien se siguieron más ó ménos modificados, los méto-

(1) Anales de Ginecologie, 1884, Paris.

dos que usaban los cirujanos del principio de nuestro siglo, para curar la caida de la matriz.

Los procedimientos de Ireland y Girardin, ó sean la sutura del orificio vulvar (elytrorrafia) y del canal vaginal (episiorrafia) que con modificaciones más ó ménos importantes, son todavía practicados por una gran parte de los ginecologistas de nuestra época, cuentan con numerosos éxitos en las estadísticas europeas formadas en 1883, y practicados en México por nuestros cirujanos, han dado tambien felices resultados; mas no debe olvidarse, que esta clase de operaciones son muy laboriosas, no solo por tener que practicar disecciones en una cavidad, sino por la gran vascularizacion de la vulva y de la vagina.

Huguier, fijándose en una de las causas indirectas de la enfermedad, en que el útero desciende siempre que aumenta de peso, aconseja y practica la amputacion del cuello uterino, para disminuir la pesantez del órgano; comprendiendo en el corte la extremidad superior de la vagina, y aun una parte del segmento inferior de la matriz. (1) "De esta manera, dice el autor del procedimiento, se llega con seguridad á producir la retraccion de los tejidos, y el prolapsus queda curado radicalmente, *siempre que no exista la amplitud pelviana, abertura vulvar dilatada, relajamiento de las partes blandas del piso de la pelvis, ó desgarradura del perineo*: cuando haya esta última complicacion, la perineorrafia estará indicada."

La extirpacion de cuello uterino está, pues, indicada en casos tan especiales, que rara vez habrá que ocurrirse á ella como medio único para corregir el

(1) Barnes, Maladies des femmes, 1876.

prolapsus de la matriz; y siendo un procedimiento muy peligroso cuando se practica segun los preceptos de Huguier, solo viene á servir como auxiliar de la operacion definitiva, si el operador se limita á suprimir el hocico de tenca.

Otro procedimiento para curar la caida del útero fué propuesto á la vez por el Dr. Adam de Glascow y el Dr. Alexandre de Liverpool, en 1881. Esta operacion, llamada de Alexandre-Adam, consiste en hacer una incision en la piel al nivel del anillo inguinal externo, levantar las extremidades de los ligamentos redondos, y despues de tirar de ellos, de modo á volver al útero su posicion normal, suturar dichos cordones á los labios de la herida. (1)

Inventado el método para corregir la retroplexion del útero, fué extendida su aplicacion al prolapsus; citándose algunos casos de buen éxito, operados por W. Gardner y por R. Miller. Mas, uno de sus inventores, el Dr. Adam, hace notar que esta operacion tiene sus inconvenientes: "se necesita gran experiencia para reconocer, desprender y manipular los ligamentos redondos, porque la maniobra más suave puede desgarrarlos y su investigacion dar lugar á la formacion de una hernia ó de un foco de supuracion; ademas, en el caso de que la matriz esté hipertrofiada la operacion no producirá su efecto, sino hasta que, modificándose la circulacion del órgano, disminuya su espesor."

De los casos operados en México por medio de otros procedimientos distintos del de que voy á ocuparme, no he visto ninguno; sabiendo, sin embargo, que

---

(1) Revue de Chirugie, Paris, Fevrier 1884.

nuestros ginecologistas han empleado con buen éxito el estrechamiento de la vagina por escision de colgajos y sutura de la herida: desgraciadamente sus triunfos no han sido publicados, pues revisando la prensa médica nacional, poco se encuentra relativo á la caida del útero; siendo el "Observador Médico" el único que se ha ocupado de esta materia, consignando procedimientos análogos á los ya citados de Dieffenbach y Cruveilhier.

En los bajos de la casa núm 6 de la calle de Corpus Christi, de esta ciudad, los Dres. Malanco, Patiño y Lemus, practicaron tambien, con buen éxito, rayas de fuego con el termo-cauterio de Paquelin á lo largo de la vagina; y últimamente ha visto la luz pública en el mismo periódico de la Sociedad "Pedro Escobedo" una observacion escrita por el Dr. Ignacio Berrueco, en la cual consigna un caso de prolapsus de la matriz, curado radicalmente por el método que empleó el Dr. Malanco. Este procedimiento nacional tan sencillo y que ha dado tan satisfactorios resultados, no tiene los peligros que los anteriores, y es, sin disputa, uno de los más aceptables por inofensivo.

Pero los trastornos producidos en la facultad generatriz por todos los métodos referidos, excepto el de Alexandre-Adam, es un grave inconveniente que debe preocupar mucho al operador; pues aunque la caida del útero se presenta el mayor número de ve-

ces en las mujeres despues de la menopausia, tambien se observa con frecuencia en aquellas á quienes no se debe privar del precioso don de reproducirse.

Cuando la fecundacion es posible la gravedad del caso es mucho mayor, por las dificultades, algunas veces insuperables, que se presentan en el momento de la expulsion del producto.

IV.

Mi respetable maestro el Dr. Juan Fénélon, ha puesto en práctica un procedimiento destinado á la curacion radical de la caida del útero, atendiendo para llenar las indicaciones, no al canal que por la flaxidez de sus paredes permite desprenderse al órgano desalojado, ni al aumento de peso del órgano mismo, sino á los tejidos que le tienen suspendido en la cavidad pelviana, á los ligamentos; supliendo la accion de éstos con cordones cicatriciales producidos en la parte inferior del abdómen, entre la pared del vientre y la extremidad superior de la vagina.

Observándose que la vagina desciende ántes que la matriz en las mujeres afectadas de prolapsus, el autor del procedimiento pensó, que al fijar en un punto elevado el anillo vaginal, que abraza el cuello, se impediria el acortamiento de dicho canal y el descenso del útero; no siendo posible alcanzar sin peligro el fondo de este órgano para sustituir propiamente al ligamento redondo.

El Dr. Ruiz Sandoval, el excelente amigo que al desaparecer de entre nosotros, dejó con su memoria

un bello ejemplo de virtudes científicas y morales, vió practicar dicha operacion despues de modificada con el empleo del galvano-cauterio, manifestando con entusiasmo su adhesion á ella, y propuso llamarla *suspension uterina*, cuyo nombre aun conserva para su inventor, que es el único que hasta la fecha la ha practicado.

La sencillez del manual operatorio hace que su descripcion no sea de las más difíciles; sin embargo, temiendo no poder llenar debidamente los requisitos necesarios para una explicacion de esta naturaleza, he preferido intercalar dicha descripcion en las observaciones respectivas, aprovechando así la oportunidad para consignar las modificaciones del procedimiento y sus consiguientes resultados.

OBSERVACION PRIMERA.

Procidencia del útero, rectocele y cistocele.—Primera suspension uterina con sutura metálica.—Curacion.

Arcadia Perez, de Tlalnepantla, viuda, de 28 años de edad, recamarera, nulípara, de buena constitucion, y que dice comenzó á menstruar á los 17 años, entró al Hospital "Gonzalez Echeverría" el dia 17 de Agosto de 1883, á ocupar la cama número 2. Seis años hacia en aquella fecha, que, despues de un esfuerzo para levantar un colchon, habia sentido un dolor en el hipogastrio, notando á poco un estorbo en la vulva. Este accidente, que á no dudar, prueba que la matriz cayó por la ruptura del ligamento redondo, no preocupó entonces á la enferma y siguió en sus tareas de recamarera por algunos meses más; pero como notara que su enfermedad hacia progresos y comenzaba á impedirle trabajar, se separó de su destino para ver si con el reposo lograba su alivio, que nunca tuvo sino pasajero.

Llevada la enferma á la mesa de reconocimientos,

se vió que de la vulva pendia un tumor ovoide, de un color rojo oscuro, presentando pliegues de la mucosa vaginal volteada, y notándose su extremidad más voluminosa, como implantada en la abertura vulvar; en su pequeña extremidad, libre, se hallaba una hendidura transversal, cuyos labios cianosados hacian relieve sobre el resto del tumor. A la palpacion tenia éste una consistencia mixta; se percibia ligera fluctuacion en la parte antero-superior, presentando en general una consistencia muscular.

Colocada la sonda uretral, se notó que el conducto seguia una direccion inversa de la normal, y con el dedo se sentia el pico del instrumento en la cara anterior del cuerpo desalojado; indicando que en ese lugar se encontraba la vejiga, que contenia orina en el momento del exámen. Con el índice pudo demostrarse, que el recto estaba tambien comprendido en el referido tumor procidente, correspondiendo á la parte posterior: se trataba de la caida de la matriz con recto y cistocele. (1)

Hecho el diagnóstico, se ordenó á la enferma que guardara reposo, prescribiéndosele inyecciones astringentes de cocimiento de hojas de nogal, para sujetarla despues al tratamiento radical, que le fué propuesto y con gusto aceptó.

La *suspension uterina* provocando adherencias vagino-abdominales por medio de sutura metálica, se puso en práctica por primera vez el dia 11 de Setiembre de 1883; habiendo terminado el periodo ca-

(1) Sabido es que la mayor parte de los ginecologistas consideran tres grados en la caida del útero: llaman descenso, al desalojamiento que solo puede comprobarse por el tacto vaginal ó con el espejo; prolapsus cuando el órgano se presenta en la vulva en más ó ménos extension, y procidencia, á la caida de dicho órgano, si se encuentra libre fuera del orificio vulvar.

tamenial tres dias ántes, por juzgarse esta época ménos peligrosa para provocar un traumatismo en la vecindad del órgano de la gestacion; y, prévia anestesia, se ejecutó la operacion de la manera siguiente:

Colocada la enferma en la posicion tocológica, en la mesa de reconocimientos, pero en un plano casi horizontal, y reducido el tumor procidente; el operador introdujo en la vagina el indicador derecho en direccion del lado izquierdo del surco vagino-cervical; llegando á este punto, acercó lo más posible la pared vaginal á la del abdómen, de modo á estar seguro de no haber dejado interpuesto entre ambas paredes ningun vaso importante ó repliegue peritoneal, susceptibles de producir complicaciones en el momento ó despues de la operacion; se llevó entonces, siguiendo la direccion del dedo explorador, y rasando la rama horizontal del pubis, la cánula de un trocar curvo de mediano calibre (el del hermano Côme, que sirve generalmente para la puncion de la vejiga) hasta llegar al punto en que las paredes estaban casi en contacto; y siendo armada de su punzon, se hizo salir la punta del instrumento por la parte superior interna de la region inguinal, cerca del punto de deslizamiento del ligamento redondo. Despues de esta maniobra, que pudiera considerarse como el primer tiempo de la operacion, se separó el punzon del trocar y se condujo en su lugar un doble hilo de plata, del grueso que comunmente se usa para las suturas, en cuyo extremo vaginal fué colocado un boton de plomo envuelto en algodon antiséptico; extraida entonces la cánula, se hicieron tracciones en la extremidad exterior del doble hilo y se colocó en ésta otro boton semejante al primero.

Terminada la operacion, se puso en la region operada un apósito con solucion débil de ácido fénico, limitándose el tratamiento á ordenar reposo absoluto, trocitos de hielo para calmar las nauseas provocadas por el cloroformo, y como alimento una taza de leche cada cuatro horas.

A las cuatro y media de la tarde (seis horas despues de la operacion) la temperatura de la enferma estaba á 37°8; el pulso latia 90 veces por minuto; sentia la enferma un dolor soportable en el lugar en que estaba situado el boton exterior de la sutura, y además algun malestar, que la misma paciente decia ser ocasionado porque no podia orinar: se practicó el cateterismo, y siendo el estado general satisfactorio, el tratamiento se limitó á poner ungüento doble de mercurio en el lugar del dolor, aceite de beleño alcanforado al vientre bajo, y lavativa con un centígramo de morfina en la noche, si el dolor aumentaba.

Al dia siguiente de la operacion, á las nueve de la mañana, se encontraba la operada sin calentura, el termómetro marcaba 37°5 y habia 80 pulsaciones por minuto. La noche anterior habia podido dormir en ratos largos, estando molesta sin embargo, por la disuria que persistía; pero el dolor de la ingle no se habia exacerbado, y en general se sentia mejor la enferma. Se repitió el cateterismo uretral, y se prescribió el mismo tratamiento, aumentando el alimento á media racion. (1)

En la tarde del 12 la disuria continuaba y estaba acompañada de constipacion, que no se habia presen-

(1) Caldo, sopa y puchero con media pieza de pan á medio dia; leche con pan por mañana y noche.

tado en dias anteriores; no obstante esto, la temperatura y el pulso no se alteraron, no habiendo tampoco gran molestia en la region operada: bastó, pues, vaciar la vejiga y el recto para que la enferma quedara descansada; dejando el tratamiento anterior.

La inercia vesical habia desaparecido el dia 13 por la mañana; (1) la orina habia sido expulsada en las primeras horas de la madrugada; la enferma presentaba un estado más satisfactorio que el dia anterior, pues al pasar la visita fué necesario despertarla, manifestando su alivio ella misma y pidiendo se le aumentara su alimentacion, á lo cual no se juzgó conveniente acceder. El dolor de la region operada continuaba soportable, á pesar de notarse una areola roja al rededor del boton suspensor. Suprimiendo el ungüento mercurial, se puso polvo de licopodio en la ingle izquierda, y siguió en lo demás el mismo tratamiento.

No se creyó indispensable vigilar á la operada el dia 13 por la tarde, y en la mañana del 14 dijo seguia mejor: habia dormido bien, su pulso y calor eran normales, el dolor inguinal moderado, la areola que circundaba el boton suspensor no habia aumentado, la vejiga y el recto estaban vacíos; en fin, el arte no tuvo que intervenir para nada en este dia, siendo el reposo y la espectacion la conducta que debia seguirse.

Tres dias más pasaron, sin motivo de inquietud por parte de la salud de la operada, si no fué la molestia producida por la ulceracion de los tejidos circunvecinos á la extremidad superior de la sutura, y

(1) Ménos de cuarenta y ocho horas despues de la operacion.

el dia 18 (1) se quitó ésta con mucha facilidad, cortando el hilo al nivel del boton exterior y extrayendo aquel por la vagina con una pinza: algunas gotas de pus bien ligado, se vieron escurrir por la abertura inguinal del trayecto dejado por el hilo. Curacion con pomada de iodoformo, inyeccion vaginal, bis, de cocimiento de hojas de nogal con borax, reposo absoluto y racion, fué el tratamiento del dia 18.

No hubo accidente notable el dia 19, y el dia 20, quejándose la enferma de ardor en la uretra, se le prescribieron tres cápsulas de trementina repartidas en el dia é infusion de ura ursi á pasto, además del tratamiento anterior.

Así terminó los siguientes dias de Setiembre; cicatrizó el trayecto de la sutura á fines de dicho mes, quedando una señal poco visible al nivel del monte de Venus, á 5 cent. de la línea media, y se dominó la uretritis en los primeros dias de Octubre. Del 2 al 8 de éste, pasó el flujo menstrual con toda regularidad, y el dia 10 pudo ir la operada á la mesa de reconocimiento, en donde se vió el buen éxito de la operacion, porque aun haciendo esfuerzos la enferma, no existia ya el tumor que antes se presentaba fuera de la vulva; descubriéndose en seguida, con el espejo de cusco, un punto rojo en el lado izquierdo del fondo vagino-cervical, estando la mucosa replegada y fija en ese lugar.

El cuello uterino se presentaba muy á poco del orificio vulvar; y sin embargo, haciendo que la enferma se colocara en la posicion *en cuclillas* y contrajera sus músculos abdominales con energía, la matriz que-

---

(1) Siete dias despues de la operacion.

dó inmóvil en su descenso, en el cual se habia convertido la procidencia del útero en masa.

Despues del reconocimiento, la enferma fué facultada para comenzar á dar sus pasos, pensándose en mejorar su constitucion, que algo habia sufrido en un mes de inmovilidad absoluta y respirando aire viciado. Se le prescribió la fórmula siguiente: tintura de iodo 30 gramos, fierro reducido 30 centígramos; para tomar 5 gotas bis en leche.

Este tratamiento y las inyecciones antisépticas (1) se siguieron los restantes dias de Octubre, durante los cuales se presentaron algunos accesos de inflamacion en la region operada, cuando la enferma, abusando de su alivio, se queria imponer el penoso ejercicio de atender á sus compañeras; pero estas inflamaciones desaparecian con solo el reposo y cataplasmas emolientes.

Siguió Arcadia ocupando su cama el mes de Noviembre, y á mediados del mismo, ocho dias despues de terminado su periodo menstrual sin contratiempo, tuvo una metrorragia persistente, que fué contenida con la cauterizacion intrauterina, despues de haber empleado sin éxito los medios terapéuticos aconsejados en estos casos.

En Diciembre, el flujo menstrual fué bastante prolongado y abundante, para obligar á recurrir á la ergotina, que en esta vez hizo terminar el accidente. Despues de haber permanecido la enferma todo el mes en observacion, se le practicó un reconocimiento con el espejo, encontrándose la matriz en el mismo lugar que ocupaba poco despues de haber practi-

(1) Solucion fenicada al 2/100.

cado la *suspension*, y como la operada no sintiera ya ninguna molestia, se le dió su alta, alcanzando un éxito feliz en su primer ensayo, la provocacion de adherencias vagino-abdominales.

El caso precedente hace comprender, mejor que cualquiera explicacion minuciosa, la idea del inventor de la suspension uterina. Obrando el hilo de la sutura metálica como cuerpo extraño, tenia que provocar en los tejidos circunvecinos una inflamacion, que al terminar, formara el cordon cicatricial deseado, manteniendo aproximadas las paredes de la vagina y del abdómen, para favorecer las adherencias y evitar la mayor difusion del foco inflamatorio.

Tratándose de una region tan susceptible de traer fatales consecuencias por el mas ligero traumatismo, el procedimiento debia estar comprendido en el número de los mas peligrosos; pero el resultado de su primer ensayo fué tan satisfactorio, que disipó algun tanto los fundados temores que se tenian al ponerlo en práctica.

Apartando préviamente las asas intestinales y el peritoneo con el dedo conductor del trocar, se salvaron los peligros en el momento de operar; el reposo absoluto y la dieta, alejaron las complicaciones subsecuentes.

Una operacion hecha en un cuarto de hora, sin

derramar sangre, cuya consecuencia inmediata solo fué la disuria, que desapareció antes de 48 horas, y esto, para curar definitivamente una enfermedad vitalicia; marcaba sin duda un adelanto en la cirujía ginecológica, haciendo concebir las halagadoras esperanzas de prestar con ella un gran servicio á la humanidad.

Siendo ménos temibles los peligros de la suspension uterina, y autorizado su inventor por el feliz éxito alcanzado, emprendió la segunda operacion, convaleciente aún la primera operada, pues solo la práctica podria indicar el modo de hacer ménos peligroso el procedimiento.

OBSERVACION SEGUNDA.

Procidencia del útero, rectocele y cistocele.—Segunda suspension uterina con sutura metálica.—Muerte de la operada.

La cama número 14 del Hospital "Gonzalez Echeverría," fué ocupada el dia 11 de Octubre de 1883, por Soledad Vazquez, viuda, de 65 años de edad, habiendo tenido cinco hijos, de los cuales el último tiene 14 años, y siendo esta la data del mal que padecia, por haberse levantado de la cama á los cuatro dias del parto. Esta enferma nacida en los Remedios, de temperamento linfático y mala constitucion, comenzó á menstruar á los 15 años y le desapareció el periodo á los 46.

Colocada la enferma en la mesa de reconocimientos, se encontró la matriz fuera de la vulva, acompañada de la vejiga y el recto, de la misma manera que se presentaba en el caso de la observacion primera; pero el tumor era irreductible por la gran flaxidez del canal y de la abertura vulvar; presentándose ade-

más algunas ulceraciones en la pared vaginal invertida, que cubria dicho tumor.

Despues de cinco dias de reposo é inyecciones de cocimiento de hojas de nogal, la enferma fué operada el dia 16, aplicando en el lado izquierdo el método descrito; no habiendo durante la operacion accidente notable.

En la tarde, la temperatura y el pulso fueron normales y no se necesitó del cateterismo, porque la enferma habia orinado; pero se notó que la region operada estaba muy sensible, irradiándose el dolor á la fosa iliaca izquierda. Ungüento doble de mercurio á la region dolorosa, lavativa con un centígramo de clorhidrato de morfina en la noche, si aumentaba el dolor, inyecciones vaginales y defensivos en la ingle izquierda, con solucion débil de ácido fénico.

El dia 17 habia dolor pungitivo en la ingle izquierda, comunicándose á la fosa iliaca correspondiente; sensibilidad exagerada en la misma region; el termómetro subió á 38°5 en la mañana y á 38° en la tarde; el pulso, pequeño, estuvo á100 en la mañana y á 98 en la tarde.

La prescripcion desde por la mañana fué la misma que el dia anterior, agregando 50 centígr. de bromhidrato de quinina.

El dia 18 la temperatura por mañana y tarde fué de 38°5 y el pulso, pequeño, estuvo, á 90 por la mañana y á 100 por la tarde. Igual tratamiento.

Se presentó un alivio pasajero el dia 19: la temperatura bajó á 37°4, y el pulso, un poco ménos débil, latía 90 veces por minuto; los síntomas generales seguian lo mismo.

El dia 20: 39° en la mañana y 38°8 en la tarde,

pulso 94 y 92. Se quitó el hilo metálico, que salió con facilidad, dejando un trayecto ámplio, de mal aspecto y con mal olor, por el cual escurria pus fétido, mal ligado y con abundancia. El mismo tratamiento.

Al cortejo de síntomas antes dichos, se reunió el dia 21 la constipacion, que fué combatida eficazmente con una toma de Sedlitz y una lavativa purgante; siendo el estado de la enferma mucho más grave que el dia anterior, pues el termómetro marcaba 36°8 y el pulso estaba frecuente y filiforme. Tratamiento: arseniato de estricnina 1 centíg., aconitina 1 milíg. en 20 píldoras, una cada cuatro horas. En la tarde el calor era de 38°2.

El dia 22, la constipacion se habia dominado. Temperatura en la mañana, 37°3; en la tarde, 38°3; pulso 80 y 100. Tratamiento: el mismo, ménos lavativa purgante; tintura de iodo al vientre.

Dia 23: postracion, adinamia; temperatura, 38° y 38°5. La abertura del trayecto sigue de mal aspecto y aumenta de extension. Tintura de iodo al vientre; elíxir de coca, tres cucharadas al dia; píldoras de estricnina y aconitina.

La gravedad continúa el dia 24: cuadro sintomatológico idéntico al del dia 23. Temperatura por mañana y tarde 38° y 38°2; pulso 104 y 108. Agua de Pulna á pasto; lo demás lo mismo.

La constipacion vuelve el dia 25; los demás síntomas se agravan; temperatura, 39° y 37°; pulso, 108 y 120. El mismo tratamiento y lavativa purgante.

La enferma murió en la madrugada del dia 26 de Octubre de 1883. La inspeccion cadavérica no tuvo lugar, porque careciendo de anfiteatro el Hospital, se creyó además de poca importancia: á no du-

dar, la operada habia sido víctima de la infeccion pútrida.

Este desgraciado caso fué puesto en conocimiento de la Academia de Medicina por el Dr. Fénélon, en su lectura de reglamento hecha en Noviembre de 1883, y publicada en el número 24 de la *Gaceta Médica* del mismo año. En la descripcion hecha á grandes rasgos, se encuentran, sin embargo, datos muy importantes que se deben recordar.

"La enferma, dice el Sr. Fénélon, era una anciana cansada y de poca resistencia; un prolapsus enorme le hacia la vida imposible, porque obligada al trabajo, éste le era penosísimo con el útero enteramente procidente.

"Las aplicaciones de pesarios no eran toleradas; la vagina y la vulva, estando tan abiertas, era preciso poner pesarios enormes y producir presiones insoportables en la pelvis; de lo contrario, se salian los pesarios con el útero.

"Varias veces habiamos logrado, en otras enfermas, alivios duraderos con extirpar la mayor parte del útero procidente; pero tanta era la laxidad del tejido celular perivaginal, que nos pareció indicado el hacer una sutura del surco cervico-vaginal con la pared abdominal, para inmovilizar dicho surco con una cicatriz sobre el pubis.

"Con el dedo en la vagina se llega fácilmente á poner en contacto la mucosa vaginal con la pared abdominal, hasta asegurarse que no pueden quedar interpuestas, ni asas intestinales, ni repliegue epiploico, ni dobleces peritoneales: en este punto en contacto, rasando la rama del pubis, para salir en la insercion del ligamento redondo, se pasó un trocar

6

curvo, y por éste se introdujo un hilo de plata, lavado con solucion fuerte de ácido fénico: el hilo fué detenido dentro de la vagina por un boton de plomo, fenicado, y envuelto en algodon igualmente aséptico; en la pared del vientre, otro boton análogo sostuvo la sutura.

"Tal operacion fué hecha durante la anestesia clorofórmica: los primeros dias, pareció marchar como se deseaba, la temperatura subió poco; pero al cuarto dia, cuando se retiró la sutura, se notó que salia del trayecto del hilo, un pus fétido como el que se suele encontrar en los abcesos de la márgen del ano.

"Un estado tifoideo, con meteorismo, lengua fuliginosa y adinamia completa, se desarrolló y acabó con la enferma en plena reabsorcion purulenta.

"Evidentemente la edad, las condiciones constitucionales de agotamiento por parte de la enferma, las circunstancias climatéricas del Hospital, colocado en la proximidad de la acequia, prepararon este sensible desenlace.

"Si hubiera sido esta enferma la primera en que se practicara ese procedimiento nuevo, podria echársele toda la culpa; pero otra mujer operada hacia ya más de un mes, por el mismo procedimiento, estaba en plena convalecencia; haciéndonos creer que era práctico y de probable éxito. Dá lugar á ménos traumatismo que la extirpacion parcial del útero ó la obliteracion de la vagina."

Fué, pues, infortunado el éxito de la segunda *suspencion uterina*, y aunque las condiciones en que es-

taba la operada no eran nada satisfactorias para dar gran valor á los resultados obtenidos, enteramente opuestos á los anteriores, el operador pensó modificar su procedimiento, evitando el cuerpo extraño que por su presencia provocaba mayor irritabilidad que la deseada, y daba lugar á la introduccion de gérmenes infecciosos, y buscando dicha inflamacion por medio del hilo incandescente del galvano-cauterio, pasado al traves del tejido celular vagino-abdominal.

Pocos meses pasaron para poner en práctica esta impcrtante modificacion, cuyo éxito correspondió á los deseos, como lo demuestra el siguiente caso.

OBSERVACION TERCERA.

Procidencia del útero, cistocele y rectocele.—Primera modificacion de la suspension uterina, empleando el hilo galvano-cáustico.—Curacion.

La cama número 11 del Hospital «Gonzalez Echeverría» fué ocupada el 25 de Mayo de 1884 por una anciana que dijo tener 60 años de edad: llevaba 4 años de ser viuda y 16 de haber tenido su último hijo, despues de cuyo parto, se levantó de la cama á los seis dias con la enfermedad de que iba á curarse. Su oficio de recamarera, le traia contínuas exacerbaciones en su mal; deseando, por esto, conseguir el alivio, que solo muy pasajero habia podido alcanzar con el uso de pesarios y esponjas.

Porfiria Vazquez, que así se llama la enferma, fué llevada á la mesa de reconocimientos y colocada en posicion tocológica, de cuya manera pudo verse perfectamente el útero procidente fuera de la vulva,

habiendo arrastrado consigo el recto y la vejiga. La flaxidez de las paredes vaginales y la dilatabilidad de la abertura vulvar, no permitian quedar reducidos los órganos herniados, que caian inmediatamente despues de toda tentativa de reduccion; no pudiendo tampoco permanecer en su lugar, empleando pesarios, que muchas veces se habian aplicado sin éxito.

Dos dias descansó la enferma en su cama, haciéndose lavatorios de cocimiento de hojas de nogal, y el dia 27 se puso en práctica por tercera vez el procedimiento de la *suspension uterina*; pero modificado por su mismo autor, del modo siguiente:

Despues de cloroformada la enferma, el primer tiempo de la operacion fué lo mismo que en los casos anteriores: reducido el tumor el trocar curvo fué conducido á la izquierda, y pasado al traves de las paredes vaginal y del abdómen, puestas en contacto préviamente; pero el doble hilo de plata que habia de formar la sutura, se sustituyó con un alambre de platino, de medio milímetro de espesor, que se dejó en el trayecto de la cánula al retirarse ésta. Se colocaron lienzos humedecidos en las partes de la vagina en contacto con dicho alambre, el cual se puso en comunicacion con la pila galvano-cáustica de Chardin, haciendo funcionar este aparato de manera que el hilo incandescente llegara solo al rojo sombrío; se mantuvo la corriente durante medio minuto y se retiró el platino, para repetir la misma operacion del lado derecho.

Los cuidados consecutivos fueron bastante sencillos: cubrir las aberturas exteriores de los trayectos, con colodion antiséptico (colodion elástico 30 gra-

mos, bicloruro de mercurio 3 centíg.); reposo absoluto é inyeccion vaginal bis. de solucion débil de ácido fénico. Atendiendo al estado general de la enferma, se le prescribieron tres granulos al dia, de arseniato de estricnina, de á ½ milíg., cuyo medicamento se siguió administrando hasta fines del mes de Junio.

Ningun accidente digno de mencionarse hubo en los dias siguientes á la operacion; el pulso y la temperatura estuvieron siempre normales, la vejiga y el recto llenaron sus funciones como de ordinario; las aberturas de los trayectos hechos por el hilo galvano cáustico, dieron algunas gotas de pus en los primeros dias, y las pequeñas quemaduras, sin producir mayor inflamacion, dejaron ántes del octavo dia, cicatrices poco visibles, simétricamente colocadas, como á 55 milím. de la línea media.

A los ocho dias de la operacion, se practicó un reconocimiento, por el cual se comprobó el éxito feliz del procedimiento modificado. El útero y los otros órganos que lo acompañaban no se presentaban ya fuera de la vulva, estando sostenidos por las bridas cicatriciales que al ser distendidas cuando la enferma estaba en pié, le producian molestia en el vientre bajo. La pared anterior de la vagina, por su excesiva flaxidez, habia quedado haciendo hernia fuera del canal. El tacto reveló la situacion del cuello uterino, colocado á poca distancia de la vulva, y un espejo de Fergusson, de grueso calibre, descubrió perfectamente las huellas del galvano-cáustico hácia las partes laterales de la extremidad superior del canal.

Se permitió á la enferma, despues de ésta explo-

racion, que comenzara á dar sus pasos, con el objeto de que la retraccion de las cicatrices fuera haciéndose soportable; y, consiguiéndose esto despues de algunos dias, la operada siguió en observacion todo el mes de Junio.

El 6 de Julio se practicó un último reconocimiento: se encontró la matriz en el mismo descenso que tenia á los ocho dias de la operacion; y estando la enferma sin molestia alguna, se le dió su alta en esa fecha. A los tres meses de haber salido del Hospital, se encontraba la operada desempeñando el cargo de recamarera en una casa, sin sufrir la más ligera molestia.

Coronada con tan buen éxito la primera modificacion del procedimiento, á pesar de haber sido practicada en los dos lados, en circunstancias semejantes por parte de la enferma, á las que se presentaron en el caso desgraciado de la observacion segunda; no se vaciló en seguir empleando el alambre galvano-cáustico, y ántes de que la operada saliera del Hospital, se presentó el nuevo caso consignado en seguida.

OBSERVACION CUARTA.

Prolapsus del útero.—Suspension uterina con el alambre galvano-cáustico.—Curacion.

El dia 14 de Junio de 1884, ocupó Matilde Ortiz la cama número 6. En la edad de 24 años, y con 8 meses de vivir casada, no habia dejado de tener con toda regularidad, su período catamenial, que le apareció á los 14 años. Servia en aquella fecha como recamarera, dedicándose á fatigas que su enfermedad no le permitia soportar: tenia de un año atrás y á consecuencia de haber levantado un metate, una molestia en el vientre bajo, acompañada de sensacion de pesantez, que aumentaba cuando permanecia en pié, ocasionándole fuertes dolores al andar, y con mayor razon al hacer cualquiera esfuerzo.

En el reconocimiento practicado, se encontró la matriz parcialmente fuera de la vulva: el cuello uterino, entreabierto y poco aumentado de volúmen, estaba enteramente fuera de los grandes labios; el segmento inferior del útero, abrazado por el orificio

vulvar; el constrictor de la vagina se sentia resistente. El órgano herniado parecia obedecer á las tentativas de reduccion; pero al hacer la enferma el más pequeño esfuerzo, volvia la matriz á su posicion viciosa. Se trataba, pues, de un desalojamiento en su segundo grado: era un prolapsus simple del útero.

La aplicacion de pesarios, en una mujer que se encontraba en tan buenas condiciones para ser tratada radicalmente, era sin duda ménos oportuna y daba ménos esperanzas de lograr un éxito definitivo, contra una enfermedad ya insoportable. Solo se aguardó que pasara el período menstrual, y á los diez dias de haber entrado la enferma (dia 24) se le provocaron adherencias vagino-abdominales en los dos lados del surco vagino-cervical, empleando el alambre galvano-cáustico. La operacion fué practicada estando la enferma bajo la influencia del cloroformo.

Se pusieron algunas gotas de colodion antiséptico en las pequeñas escaras producidas exteriormente por el alambre, y se recomendó el absoluto reposo de la operada, en la que ningun accidente habia tenido que lamentarse durante la maniobra.

Pasaron los dias siguientes á la operacion, sin que el más ligero trastorno hiciera dudar del buen éxito de ella; no habiéndose notado elevacion de temperatura, ni complicacion alguna por parte de la vejiga y el recto. Las huellas del galvano-cauterio producian algunas gotas de pus, sin ocasionar gran molestia.

El dia 4 de Julio, cicatrizadas las quemaduras, cuyas señales no quedaron á la misma altura, pero si equidistantes de la línea media, fué llevada la en-

ferma á la mesa de reconocimientos: el útero no se presentaba ya en la vulva, y por medio del espejo de Fergusson, se descubrió el cuello inclinado hácia atras y á la derecha; causando algun dolor la introduccion del instrumento por la estrechez del canal (1), cuya conformacion ayudó en mucho al mejor éxito, pues no parecia que aquella mujer habia tenido su matriz caida.

En tan satisfactorio estado siguió la operada hasta el dia 30 de Julio, en cuya fecha salió del Hospital, despues de estar un mes en observacion.

La aplicacion del galvano-cauterio dió por segunda vez un éxito brillante: aplicado en distintas circunstancias, los resultados de las operaciones eran idénticos; ninguna complicacion se habia presentado en ambos casos; y aunque con alguna desconfianza del éxito, por el estado de agotamiento de la enferma, se repitió el método en el caso siguiente.

---

(1) Esta circunstancia es notable, porque demuestra que el útero, desprovisto de medios de suspension, puede franquear el conducto vaginal aun cuando esté estrecho.

OBSERVACION QUINTA.

Procidencia del útero, rectocele, cistocele y desgarradura completa del perineo.—Aplicacion sin éxito de la suspension uterina con el alambre galvano-cáustico.

Refugio Estrada, natural de Pachuca, viuda, multípara, de 33 años de edad y de oficio cocinera; de temperamento linfático y muy débil constitucion; ocupó la cama número 13 el dia 22 de Junio de 1884. Hace siete años, tuvo un parto, el cual terminó con aplicacion de forceps y desde entónces padece la enfermedad de que quiere curarse.

En la exploracion de los órganos génito-urinarios, se encontró el útero fuera de la vulva, con la vejiga y el recto, cuyo diagnóstico no fué nada difícil, practicando el cateterismo de la uretra y teniendo á la vista el intestino descubierto enteramente por estar el perineo desgarrado hasta comprender los esfínteres.

Presenta tambien la enferma un vicio de confor-

macion bastante raro: los pequeños labios no tienen en su comisura anterior, el repliegue formando capuchon al clítoris, que no existe en ese lugar; caminando de adelante atras se encuentra un pequeño apéndice, que al ser tocado entra en ereccion; y siendo este apéndice eréctil, el que ha sustituido al clítoris, constituye así lo que pudiera llamarse epispadias en la mujer.

Teniendo la vulva el aspecto de una cloaca, con el tumor útero-cístico difícil de reducir, estos trastornos se hacian ya insoportables para la enferma, agotada por una intensa diarrea coleriforme, que padecia cuando entró al Hospital y que fué necesario combatir con energía.

Dominada la complicacion presentada por el tubo intestinal, se debia proceder al tratamiento quirúrgico; y, pensando llevarlo á efecto en dos sesiones, se escogió para la primera la *suspension uterina* reservando la perineorrafia para completar la curacion.

El dia 22 de Julio se cloroformó á la enferma para provocar las adherencias vagino-abdominales con el galvano-cauterio: se practicó la operacion en los dos lados, de la misma manera que ántes se habia hecho, dejándose muy poco tiempo en el lado izquierdo el alambre incandescente, por temor de tocar con él la vejiga desviada hácia ese lado. El colodion antiséptico sirvió para cubrir las aberturas exteriores de los trayectos del alambre, y un vendaje en T fué puesto en la vulva, despues de una compresa graduada humedecida con solucion al $\frac{1}{1000}$ de bicloruro de mercurio.

Las malas condiciones constitucionales de la ope-

rada, y la desviacion de la vejiga, contribuyeron sin duda, para que un traumatismo de tan poca importancia, provocara una cistitis acompañada de movimiento febril, que se desarrolló á las pocas horas de la operacion: á las cinco de la tarde el termómetro marcaba 38°2 y el pulso latia 104 veces por minuto. El dolor en el hipogastrio y fosas iliacas era bastante intenso, se exacerbaba con la presion; la orina habia sido expulsada causando ardor en la uretra.

Se prescribieron 50 centígr. de bromhidrato de quinina, tintura de iodo al vientre y reposo absoluto.

El dia 23 amaneció la operada sin calentura y con ménos dolor en el hipogastrio; la vejiga se habia vaciado expontaneamente, sin producir ardor en la uretra; pero habia constipacion. Se ordenó una toma de Sedlitz y lavatorios á la vulva, con solucion de bicloruro de mercurio.

Ningun síntoma alarmante volvió á presentarse; las quemaduras supuraron poco y cicatrizaron á los seis dias. Pero la enferma habia dicho, desde el tercer dia despues de la operacion, que sentia el mismo estorbo que ántes de ser operada, y cuando el dia 30 de Julio se practicó un reconocimiento, los órganos desalojados estaban fuera de la vulva, como si nada se hubiera hecho para reducirlos.

Ninguna tentativa más volvió á ejecutarse por no permitirlo la constitucion deteriorada de la enferma, á quien se dió de alta á principios de Marzo del presente año, no siendo propia su estancia en el establecimiento para mejorar su estado constitucional.

Lo infructuoso de la operacion hecha en el caso anterior, cuyo resultado estaba previsto, no era ciertamente para desprestigiarla: habia sido practicada en circunstancias excepcionales, bajo todos puntos de vista. El estado de agotamiento excesivo en que se encontraba la enferma, la falta absoluta de medios para ayudar á sostener el útero procidente, la imposibilidad de mantener aseada una region convertida en cloaca por la desgarradura de los esfínteres anales, y, tal vez, algun defecto de conformacion en los órganos intrapelvianos; justifican los resultados negativos de la operacion, explicados, además, por el poco tiempo que permaneció el hilo incandescente en el tejido vagino-abdominal.

OBSERVACION SEXTA.

Procidencia del útero, rectocele, cistocele, é hipertrofia del cuello uterino.—Amputacion de éste, sin éxito, para curar la procidencia.—Suspension uterina con el alambre galvano-cáustico.—Curacion.

Concepcion Gutierrez, de 30 años de edad, lavandera; entró al Hospital el dia 7 de Julio de 1884. Hacia tres meses que se habia presentado en el Consultorio, en cuya época se habia diagnosticado su enfermedad, que atribuye á la mala asistencia que tuvo en su último parto, hace cinco años, pues le fué permitido permanecer "hincada" durante la expulsion del engendro; y aunque de pronto no sintió molestia alguna, sí la tuvo al cometer el segundo error, enderezándose en su cama á los tres dias de su alumbramiento.

Cuando fué reconocida la enferma por primera vez, se creyó que la causa principal de la procidencia de la matriz, era el considerable aumento de volúmen á que habia llegado el cuello del órgano, y

siendo la indicacion suprimir la causa del mal, se procedió en el acto sin anestesia, á la amputacion de dicho cuello, colocando con mucha facilidad el asa galvano-cáustica en el surco vagino-cervical, marcado en el tumor procidente.

Terminada la extirpacion, se pusieron dos puntos de sutura metálica en los lados del orificio interno, (cuya sutura fué quitada en la casa de la enferma á los tres dias de la operacion), se redujo el cuerpo del útero, y haciendo que permaneciera la operada en el Hospital toda la mañana, se le permitió que se fuera en la tarde á su casa; prescribiéndosele inyecciones con solucion antiséptica de bicloruro de mercurio, recomendándole que guardara reposo durante ocho dias y avisara si algo anormal le sucedia.

Lo imprevisto de la operacion debió haber pesado en el ánimo de la enferma, pues fué atacada de diarrea con aparato febril, que se combatió felizmente; pero lo más sensible fué, que á los quince dias, cuando la operada volvió al Consultorio, se presentaba el mismo caso, con excepcion del cuello uterino que se habia suprimido. Se comprendió entónces que la *suspension del útero* estaba indicada y se aconsejó á Concepcion que volviera miéntras habia en el Hospital un lugar vacante; ocupando despues la cama número 11, que acababa de dejar otra enferma de afeccion análoga.

Todo el mes de Julio estuvo la enferma curándose de uretro-cistitis que se dominó con alguna dificultad, y el dia 5 de Agosto, á los tres dias de terminada la menstruacion, se practicó la doble suspension uterina con el galvano-cauterio, de igual mane-

ra que en los casos anteriores y sin la menor contrariedad.

Igual fué tambien la marcha de la cicatrizacion de las quemaduras, que se verificó en los siete dias siguientes á la operacion, sin dar lugar á complicacion alguna; dejando señales poco visibles á la misma altura (monte de Venus), pero más distante de la línea media, la del lado izquierdo.

Dos semanas despues de haber hecho la suspension, se practicó un reconocimiento: solo la vagina fláxida se presentaba en la vulva; la matriz estaba sostenida por las bridas cicatriciales. La molestia ocasionada por el restiramiento de los tejidos, se manifestaba con la dificultad que para andar tenia la enferma; pero la sensibilidad propia de la vagina no era exagerada, pudiendo colocarse un espejo de Fergusson de grueso calibre, con el cual pudo verse en el fondo del canal, el muñon del cuello uterino amputado, y lateralmente, la mucosa enrojecida teniendo todavía un aspecto inflamatorio.

Veinte dias más pasó la enferma en quietud, aplicándose sus inyecciones antisépticas, y se hizo una nueva exploracion, viéndose en el campo del espejo la mucosa vaginal con su coloracion uniforme, marcadas apenas las huellas del platino candente. El dolor de vientre habia desaparecido y la marcha se hacia con facilidad.

Habiéndose presentado algunos accidentes en las vías digestivas, durante la convalecencia, (gastro-enteritis) la enferma fué detenida en el Hospital más tiempo del necesario, observándose así mejor los resultados de la operacion, del todo satisfactorios, y

Concepcion G. salió enteramente curada el 13 de Setiembre de 1884.

Se contaban ya cuatro éxitos favorables de la suspension uterina, y éste último más notable que los anteriores por haber recurrido ántes de aplicar el procedimiento, á otro medio que fué ineficaz para curar la procidencia; viniendo este caso á corroborar la idea, de que la amputacion del cuello uterino es muchas veces insuficiente para obtener la curacion referida.

OBSERVACION SETIMA.

Prolapsus del útero y endometritis fungosa.—Suspension uterina con el alambre galvano-cáustico.—Hemorrogia sobrevenida durante la operacion.—Curacion del prolapsus.

Isabel Barrera, de México, de 33 años de edad, costurera, ocupó la cama número 6 el dia 30 de Julio de 1884. Es una mujer de temperamento linfático-nervioso y de regular constitucion, que comenzó á menstruar á la edad de 16 años sin haberse interrumpido ni trastornado su periodo, fuera del embarazo, hasta el principio de su mal. Hace seis años tuvo un hijo, en cuyo parto fué operada con el forceps, quedando despues de la operacion con la enfermedad que sufria cuando entró al Hospital.

Antes de ocupar su cama, concurrió algunos dias al Consultorio, y en la exploracion de los órganos génito-urinarios, se encontraron éstos de la manera siguiente: vulva mediana, orquilla ampliamente desgarrada, grandes y pequeños labios separados por el

segmento inferior de la matriz, cuello uterino libre fuera del orificio vulvar, hocico de tenca entreabierto, y dejando ver entre sus lábios turgentes, la mucosa cubierta de fungosidades sangrando al menor contacto.

Haciendo con el dedo un movimiento de circunduccion entre la abertura de la vagina y el órgano desalojado, para explorar el estado de flaxidez de las paredes del canal, se notó exagerada sensibilidad en la region. El histerómetro no se usó por temor de provocar hemorragia, y el cateterismo de la uretra, practicado sin dificultad, indicó que la vejiga no se habia desviado.

Tratándose, como lo indicaban los signos referidos, de un caso de endometritis fungosa complicada de prolapsus del útero, se pensó en combatir primero alguna de las dos enfermedades, y pareciendo prudente aguardar á que se calmara la irritabilidad de los órganos afectados, para no exponerse á un fracaso, se ordenó á la enferma reposo absoluto, despues de haber logrado reducir el útero, y se le prescribieron inyecciones astringentes.

A los pocos dias de este sencillo tratamiento, las molestias disminuyeron notablemente, se contuvo la hemorragia y la sensibilidad era poco marcada; lo que hizo creer que los vasos no estarian ya ingurgitados y se emprendió la curacion radical del prolapsus. Se esperaba, por haberlo notado en otros casos, que volviendo el útero á su posicion normal, la circulacion se regularizaria; evitándose así la extasis sanguínea y las metrorragias consecutivas.

El dia 8 de Agosto, cloroformada la enferma para poner en práctica la doble *suspension uterina*, se

comenzó á operar por el lado derecho, y el primer tiempo pasó tan feliz como en las otras operaciones; pero al desprender la cánula para dejar en su puesto el hilo de platino, se observó que el trayecto sangraba por sus dos aberturas. Inmediatamente se hizo pasar la corriente eléctrica, para contener la hemorragia con el calórico producido por el mismo hilo; pero no pudo conseguirse el efecto, y solo se logró con la solucion de Pravaz y compresion prolongada.

Pasado este accidente, se hizo el taponamiento de la vagina, se cubrió la abertura inguinal del trayecto con colodion antiséptico, y recomendando reposo absoluto, se llevó á su cama á la operada: repetir la maniobra en el lado izquierdo, hubiera sido exponerse á nueva hemorragia.

Volviendo á ver en la tarde á la enferma, se la encontró con 37°8 de temperatura y 88 pulsaciones por minuto. No habia perdido más sangre, pero estaba muy molesta por la compresion del taponamiento sobre los órganos vecinos á la vagina, y además porque no se podia verificar la miccion. Bastó quitar el tapon para que la vejiga se vaciara sola; no se creyó prudente volver á poner en el canal el cuerpo extraño, que facilitando la acumulacion de materias sépticas, pudiera dar lugar á la reabsorcion de ellas por el trayecto vagino-abdominal, y se ordenaron, al contrario, inyecciones vaginales abundantes con la solucion de sublimado corrosivo.

El termómetro marcó al dia siguiente, á las nueve de la mañana, 37°5 y el pulso latía 84 veces por minuto; la enferma habia orinado y evacuado el recto; la sensibilidad era exagerada en la region inguinal

derecha, la abertura externa del trayecto, se veia, al traves de las capas de colodion, circundada de una areola roja. El tratamiento instituido fué el mismo que el dia anterior.

No hubo en los dias siguientes accidente alguno que pudiera comprometer el éxito de la operacion; la marcha fué en todo semejante á la que se habia observado en los casos anteriores, y el dia 17 del mismo mes (Agosto) la exploracion de los órganos génito-urinarios puso en evidencia una vez más el buen resultado de la suspension uterina. No obstante que solo en un lado se habian formado adherencias, bastaron éstas para impedir que el útero volviera á caer hasta la vulva, si bien estaba ligeramente fuera de su centro. El tacto y el espejo fueron los medios empleados para apreciar esta diferencia.

Corregido el prolapsus, pareció conveniente dejar pasar algunos dias para conocer si con la vuelta de la matriz á una posicion ménos impropia, se efectuaba mejor la circulacion del órgano, y no sucedió así, pues el periodo menstrual se presentó precedido de cólicos uterinos y lumbalgía que hicieron sufrir mucho á la paciente, siendo el escurrimiento sanguíneo tan abundante y prolongado, que fué necesario recurrir á la cauterizacion intrauterina para dominarlo: esta operacion se hizo el 21 de Setiembre del mismo año.

No bastó, sin embargo, el recurso del electro-cauterio para que las fungosidades quedaran destruidas por completo, y aunque de pronto habia parecido el tratamiento eficaz, las metrorragias abundantes se repitieron despues con tanta frecuencia, que se llegó á practicar la amputacion del cuello uterino para

suprimir el terreno productor de las pérdidas sanguíneas, llevándose á efecto la operacion eldia 21 de Diciembre.

Hasta principios de Marzo del presente año, la enferma continuó en el Hospital, reponiéndose del estado de agotamiento en que la pusieron las hemorragias, pasando ya sus menstruaciones con toda regularidad. Respecto al prolapsus de la matriz, continuaba corregido con la suspension unilateral, tocándose claramente por la vagina, el cordon cicatricial producido por el electro-cauterio. La operada se consideró completamente sana á mediados del mismo Marzo, y se le dió su alta.

El caso anterior fué el primero (y el único de los citados en este estudio) en que se presentó accidente digno de mencionarse, durante la operacion, siendo éste, la hemorragia sobrevenida en el momento de extraer la cánula conductora del hilo.

Este contratiempo puede muy bien ser atribuido á la práctica prematura de la operacion, ántes de que los vasos se desingurgitaran por completo de la sangre que por algun tiempo habia congestionado el aparato generador; pudiéndose considerar como una leccion práctica indicando las precauciones que se deben tomar en casos análogos, en los cuales conviene tener presente el sabio aforismo *ubi dolor ibi fluxus*, cuya verdad fué sancionada una vez más por la observacion referida.

Sin embargo, el inventor y modificador de la suspension uterina, para evitar hasta donde sea posible los inconvenientes de la operacion y simplificar el manual operatorio, imaginó la nueva modificacion, cuyas importantes ventajas no podrán negarse despues de haber leido el caso siguiente.

———

OBSERVACION OCTAVA.

Procidencia del útero, rectocele y cistocele.—Modificacion de la suspension uterina, empleando el cuchillo galvano-cáustico.—Curacion.

El dia 13 de Setiembre de 1884, ocupó la cama número 11 Jacoba Martinez, de México, de 40 años, molendera; comenzó á menstruar á la edad de 14 años y siempre ha tenido su periodo con regularidad, fuera del estado de embarazo; su hijo menor tiene 2 años. De temperamento linfático y muy débil constitucion, estaba predispuesta á frecuentes catarros brónquicos, que hacian insoportable la enfermedad de que iba á curarse.

Databa el padecimiento, del último parto que tuvo la enferma, despues del cual se levantó á los cuatro dias para dedicarse á su trabajo; habiendo sido ya tratada por los medios paliativos, que no podia tolerar.

Practicado el respectivo reconocimiento, se encon-

tró el útero fuera de la vulva con la vejiga y el recto, envuelto el conjunto por la vagina invertida y ulcerada en diversos puntos por el uso de los pesarios. Abajo y adelante del tumor procidente, se veia el orificio externo del cuello uterino en forma de hendidura transversal de bordes ingurgitados; el tacto rectal y el cateterismo de la uretra, sirvieron para completar el diagnóstico.

Al frente de un nuevo caso de *suspension uterina*, se pensó en este procedimiento, y al practicarlo su inventor, modificó el manual operatorio de la manera siguiente: sustituyendo la cánula del trocar delgado que sirve para la puncion de la vejiga, con la del trocar de Billroth para la canalizacion de los quistes del ovario, (1) fué llevada esta última hasta el surco vagino-cervical y se le dió un movimiento de impulsion hácia delante y afuera, de modo á que la punta del instrumento hiciera relieve al traves de los tejidos, sobre la rama horizontal del pubis, en el mismo lugar que en las operaciones anteriores se habia perforado con la cánula armada de su punzon.

Despues de cerciorarse por la palpacion, de la tenuidad de las capas que separaban del exterior la extremidad del tubo metálico, se hizo en el punto sobresaliente de los tejidos, una puncion con el cuchillo delgado del galvano-cauterio, procurando llevar éste en direccion del área de la cánula y retirándolo poco antes de haber perforado la pared vaginal. Esta operacion, que se practicó primero en el lado izquierdo, se repitió luego en el derecho, y cubriéndose las quemaduras con colodion antiséptico se pu-

(1) Este trocar, siendo más grueso que el del hermano Côme, tiene la misma curvatura (18 cent. diám.) y el doble de su longitud.

so en la vagina un tapon flojo, (1) para evitar el rechazamiento del útero en los accesos de tos.

Fué puesta en práctica esta importante modificacion, el 31 de Octubre de 1884.

Tres dias se conservó el taponamiento, cambiándolo diariamente, vaciando la vejiga con la sonda y sirviendo lavativas abundantes para desahogar el recto; no siendo extraño, que la falta de contacto entre las materias sépticas acumuladas en la vagina y la superficie cauterizada, así como el aislamiento de ésta por medio del colodion antiséptico, hicieran insignificantes los accidentes consecutivos á la operacion; pues no hubo movimiento febril y las regiones operadas podian comprimirse á los cuatro dias del traumatismo, sin temor de causar á la enferma gran molestia.

La intensidad del calórico acumulado en el cuchillo galvano-cáustico, es siempre mayor que la del hilo enrojecido, cuyo diámetro es mucho más pequeño, y por consiguiente las escaras producidas por el primero fueron más extensas; pero en cambio se pudieron éstas aislar de los agentes exteriores, y la cicatrizacion se verificó mas rápidamente.

Cuando el dia 20 de Noviembre se hizo la exploracion de los órganos génito-urinarios, se encontró la vulva entreabierta y á poca distancia de su abertura el hocico de tenca: pero de aquel lugar no pasaba el cuello uterino, aunque la enferma hiciera esfuer-

(1) El taponamiento empleado en este caso, es peculiar al Dr. Fénélon: consiste en un lienzo delgado, de 25 á 30 centím. cuadrados, que se introduce por su centro hasta llegar al fondo de la vagina, colocando préviamente un espejo de Fergusson. Se llena la cavidad de dicho pañuelo con torundas de hilas, de las que las primeras se impregnan de solucion de Pravaz, cuando se busca la hemostasis, y el tapon se contiene por medio de una venda en T.

zos. Un amplio espejo de Fergusson puso á la vista dos manchas de color más oscuro que el resto de la mucosa, situadas en los lados del surco vagino-cervical.

Al tratamiento que comunmente se habia seguido en las otras operaciones (inyecciones antisépticas y reposo) tuvo que agregarse el adecuado para combatir una diarrea sintomática de la diatesis tuberculosa, bajo la influencia de la cual estaba la operada, y cuyo estado se observó despues de la operacion.

No obstante las difíciles circunstancias en que se puso á prueba el procedimiento, sus resultados fueron satisfactorios; y aprovechando una de las alternativas de alivio que la enferma presentara en una afeccion distinta de las que se atienden en el Hospital "Gonzalez Echeverría," fué dada de alta el 15 de Diciembre de 1884, saliendo con el útero fijado en simple descenso por las adherencias vagino-abdominales.

Dos meses despues, sucumbia en su casa la operada, víctima de la tuberculosis, sin que el útero se presentara fuera de la vulva desde que se hizo la *suspension.*

Es evidente que la nueva modificacion del procedimiento contribuyó mucho para el favorable resultado que se obtuvo en circunstancias á propósito para hacer fracasar la operacion más sencilla. Aislan-

do la superficie cauterizada, de las materias sépticas de la vagina y del aire exterior, se consiguió que la cicatrizacion marchara más rápidamente; evitando la introduccion de gérmenes infecciosos en el trayecto cauterizado.

Se estaba, pues, en el mejor camino para llegar al punto deseado: salvar lo más posible los peligros de la operacion y hacer ésta practicable con instrumentos fáciles de manejar.

El buen éxito que se obtuvo con el cuchillo eléctrico, aplicado por la parte exterior, hizo pensar en sustituir dicho instrumento con el de Paquelin; pero desgraciadamente por el deseo de producir cordones cicatriciales más resistentes, se empleó uno de los botones del termo-cauterio que producen más calórico, y el resultado fué fatal.

OBSERVACION NOVENA.

Procidencia del útero, rectocele y cistocele.—Suspension uterina con el termo-cauterio de Paquelin.—Muerte de la operada.

La cama número 11 del Hospital "Gonzalez Echeverría," fué ocupada el 16 de Enero del presente año por Agustina Vidal, de 48 años, de México, casada, que comenzó á tener su periodo menstrual á la edad de 14 años y se le retiró el año pasado. Tuvo ocho hijos que parió *hincada*, y despues de su último parto, hace nueve años, notó que algo le estorbaba fuera de la vulva; aumentando esta molestia á medida que pasó el tiempo, hasta llegar á impedirle dedicarse á su trabajo. Ningun tratamiento se hizo ántes de entrar al Hospital.

Practicada la exploracion de los órganos génito-urinarios, se encontró el útero procidente acompañado de la vejiga y el recto, presentando el aspecto y forma que se observa en todos los casos de la mis-

ma especie. Muy fláxidas las paredes de la vagina y la vulva, dejaban desprenderse inmediatamente los órganos herniados, cuando se trataba de reducirlos.

La constitucion de la enferma era regular, y padecia cuando entró á ocupar su cama, una bronquitis aguda que hacia más penosa su situacion.

Convenientemente tratada la afeccion de los bronquios, y habiendo pasado la enferma cuatro dias en reposo, el dia 20 se practicó la suspension uterina; comenzando la maniobra de igual manera que para la operacion del caso anterior; pero sustituyendo despues el cuchillo galvano-cáustico, que se retiró antes de perforar la pared vaginal, con el boton olivar del termo-cauterio, que se introdujo en los tejidos hasta tropezar con la cánula puesta por la vagina.

Despues de cubrir las quemaduras con colodion antiséptico, se hizo el taponamiento flojo de la vagina; la enferma fué llevada á su cama, se encargó que guardara reposo y se le prescribió un gránulo de arseniato de estricnina de ½ milígramo, cada media hora, hasta contener la basca; trocitos de hielo, leche sin pan cada 4 horas.

A las cinco de la tarde no habia calentura: tenia 37°5 y 84 pulsaciones por minuto. Se hizo el cateterismo de la uretra y se notó que la orina era poca y sanguinolenta; pero el estado general era satisfactorio.

El dia 21 por la mañana el termómetro marcó 39° y el pulso, pequeño, latia 128 veces por minuto; habia malestar, sequedad de la lengua, meteorismo, dolor agudo en el hipogastrio, y la orina, extraida con la sonda, continuaba escasa y sanguinolenta. Se

sustituyó el tapon de la vagina con un pesario de aire, se cubrió el vientre con colodion antiséptico y algodon; sujetando á la enferma al siguiente cuadro terapéutico:

"Gránulo de veratrina y aconitina de ¼ m° cada media hora.

"Gránulo de digitalina de ½ m° cada hora.

"Gránulo de clorhidrato de morfina de á milíg. cada media hora.

"Gránulo de croton cloral, de á centíg. cada media hora.

"Gránulo de arseniato de estricnina de ½ milíg. cada dos horas.

"Cuatro gránulos de hidroferrocianato de quinina de 1 milíg. cada hora.

"Suspender aconitina y veratrina, cuando baje el termómetro á 38°; digitalina, cuando el pulso esté á ménos de 120; morfina y croton cloral, cuando haya calma ó sueño."

Con este tratamiento dosimétrico estuvo la enferma, presentando en el curso del dia alternativas en el pulso y temperatura, sin revelar alivio notable.

El dia 22, los síntomas anteriores eran más marcados: sensibilidad exagerada del vientre, lengua seca y fuliginosa, malestar general, hematuria, nauseas, vómitos biliosos. Observándose el mismo tratamiento que el dia anterior, la temperatura osciló entre 38° y 39°7; el pulso entre 120 y 140.

Ninguna mejora hubo el dia 23, durante el cual se siguió el mismo tratamiento, y la enferma sucumbió en la madrugada del 24.

Pocas horas despues de la muerte, se quitaron las capas de colodion que cubrian las quemaduras, encon-

trándose éstas de forma circular, como de 2 centímetros de diámetro, simétricamente colocadas sobre las ramas de los pubis, á 6 centím. de la línea media y dejando escurrir por la presion poco pus sin mal olor. La autopsía no pudo practicarse, por las condiciones locales del Hospital, y porque la familia de la difunta recogió el cadáver ántes del tiempo apto para inspeccionarlo; pudiéndose creer, aun faltando los datos anatomo-patológicos, que la peritonitis y cistitis agudas hicieron sucumbir á la operada.

La marcha segura y progresiva de los buenos éxitos obtenidos con las modificaciones de la *suspension uterina*, fué interrumpida por este desgraciado acontecimiento, causado, sin duda, por la irradiacion del calórico excesivo en la vecindad de la vejiga y del peritoneo. Con el noble fin de hacer más seguros y duraderos los resultados de una operacion en cuyo éxito se confiaba, quísose dar un paso más en el modo de practicarla; pero, como sucede con frecuencia cuando un procedimiento está está estudiándose, faltó la tolerancia para los medios empleados y el resultado fué desfavorable.

Para evitar otro desenlace de esta naturaleza, se volvió á la modificacion primera y ménos peligrosa de la *suspension uterina*, la practicada con el hilo galvano-cáustico, cuyo método, hecho mayor número de veces, no habia dado lugar á consecuencia lamentable.

OBSERVACION DECIMA.

Procidencia del útero, rectocele y cistocele.—Suspension uterina con el alambre galvano-cáustico.—Curacion.

Soledad Pino, de Cuernavaca, viuda, de 47 años, lavandera; comenzó á menstruar á los 14 años y conservó su menstruacion hasta el año pasado. Su temperamento es linfático, su constitucion regular. Tiene dos hijos que ha parido sentada en una silla y el menor de ellos nació hace dos años; pero el mal que padece se manifestó hace seis meses, al hacer la enferma un esfuerzo para levantar un bulto de ropa.

Ocupó Soledad la cama número 7, el dia 29 de Enero del presente año, habiéndosele reconocido en el Consultorio el dia anterior, en cuya exploracion se encontraron la matriz, la vejiga y el recto fuera de la vulva, envueltos por la vagina volteada. Los órganos procidentes se mantenian en la cavidad pelviana mientras la enferma estaba en posicion hori-

zontal; pero al tomar una postura declive, el tumor se presentaba entre los muslos.

Al dia siguiente de su entrada en el Hospital, se practicó la *suspension uterina* empleando el alambre galvano-cáustico, de igual manera que cuando se modificó el método por primera vez, y como está descrito en la observacion tercera. La operacion pasó sin más contratiempo que el de haber tenido que usar en un lado el trocar grueso para conducir el hilo de platino, porque el delgado se habia vencido al atravesar la pared abdominal para hacer la primera cauterizacion.

Pasada la operacion, se cubrieron las aberturas de los trayectos con colodion antiséptico, colocándose en la vagina un pesario de aire. La accion del cloroformo duró poco, y como no hubo basca, solo se le ordenó á la enferma reposo absoluto y dieta de leche.

El más notable síntoma que se presentó en la tarde, fué ligera hematuria, pero la orina habia sido expulsada sin necesidad de cateterismo; existia dolor muy soportable en las ingles, el pulso latia 88 veces por minuto, el termómetro marcaba 37°5.

El dia 31 amaneció la enferma con calentura: 38°1 de temperatura, 96 pulsaciones por minuto. La orina seguia como el dia anterior, la sensibilidad del vientre era poco perceptible, la lengua estaba sucia. Una toma de Sedlitz, 5 gotas bis de tintura de *hamamelis virginica* (1) y el mismo alimento.

El 31 en la tarde, temperatura 38°5, pulso 100: lo demás lo mismo.

---

(1) Este medicamento, usado como succedáneo de la ergotina, ha producido buenos éxitos en casos tratados por el Dr. Malanco.

El alivio se hizo notable el dia 1° de Febrero: el termómetro bajó á 37°5 y el pulso á 84. Poco dolor en el hipogastrio; el estado saburral y la hematuria habian desaparecido; la enferma tuvo apetito y se le aumentó su alimento á media racion.

La operada siguió mejorando desde aquella fecha. El dia 4 se descubrieron las aberturas inguinales de las quemaduras; encontrándose éstas ulceradas en poca extension, equidistantes de la línea media, y la del lado derecho más baja que la del izquierdo. Se extrajo el pesario que se habia puesto despues de la operacion.

El tratamiento desde el dia 4 fué: inyeccion bis de solucion antiséptica de bicloruro de mercurio; curacion con pomada de iodoformo á las ulceraciones; racion y pulque.

El 18 de Febrero amaneció cicatrizada la quemadura derecha; el 21 acabó de cicatrizar la del lado izquierdo, y la enferma tuvo facultades para levantarse de la cama el dia 22, siguiendo con sus inyecciones antisépticas.

El dia 24 se practicó un reconocimiento, encontrándose los órganos génito-urinarios de la manera siguiente: la pared vaginal anterior se presentaba parcialmente fuera de la abertura vulvar, acompañada de una pequeña porcion de la vejiga; el cuello uterino á poca distancia de aquel orificio. Un espejo de Fergusson permitió ver las huellas del galvano-cauterio, hácia los fondos laterales de la vagina, y por el tacto solo se percibió el cordon cicatricial derecho. La enferma podia hacer esfuerzos sin que el útero cambiara de posicion.

En los restantes dias de Febrero, la operada siguió

en observacion: se le practicaron reconocimientos cada semana, para darse cuenta del estado en que se encontraba, y no se llegó á notar que el útero descendiera más de como se habia observado poco despues de la operacion.

El dia 2 de Abril, Soledad P. salió del Hospital sin sentir molestia alguna.

Como era de esperarse, los resultados de la *suspension uterina* fueron de nuevo satisfactorios, contando con un éxito más la primera modificacion del procedimiento.

El alambre galvano-cáustico se mantuvo incandescente más de medio minuto durante la operacion, por lo que las quemaduras tardaron en cicatrizar más tiempo que otras veces y la vejiga sufrió una ligera congestion con hematuria, que duró ménos de dos dias; pero, en general, los accidentes consecutivos fueron insignificantes.

OBSERVACION UNDECIMA.

Prolapsus del útero.—Suspension uterina con el alambre galvano-cáustico.—Curacion.

El dia 20 de Marzo próximo pasado, ocupó la cama número 6 una mujer nulípara, de temperamento linfático, de regular constitucion, llamada María de Jesus Saldaña, que dice tener 40 años de edad, ser de Apam y haber trabajado como doméstica.

Sin causa conocida, el mal de que adolecia comenzó á manifestarse hace dos años, produciendo á la enferma sensacion de peso en el hipogastrio, dolores en las ingles, en la region sacra, en la parte interna de los muslos, y algunos trastornos en la menstruacion, cuyo escurrimiento se presentó desde que la paciente solo tenia 14 años.

El diagnóstico se hizo fácilmente con solo explorar los órganos génito-urinarios: se trataba de un prolapsus del útero. El cuello de la entraña estaba procidente, y el orificio vulvar entreabierto, permi-

tia ver el segmento inferior de la matriz. Se notó poca sensibilidad en la region.

El dia 24 se practicó la *suspension uterina*, empleando la primera modificacion del procedimiento, solo en el lado derecho porque la operada tuvo náuseas en los momentos en que se iba á pasar el trocar por segunda vez. Se colocó un pesario de aire en la vagina, se cubrió con colodion antiséptico la region operada, y la enferma fué puesta en su cama con las prevenciones acostumbradas (reposo y dieta láctea).

A las seis horas de la operacion (5 de la tarde) pulso y temperatura normales, dolor soportable en la region operada, orina extraida con la sonda, hematuria.

En la mañana del 25: temperatura 38°2; pulso, 110; dolor con la misma intensidad que el dia anterior, orina limpia, expulsada sin cateterismo. En la tarde: temperatura, 38°4; pulso, 110; lo demás lo mismo que en la mañana.

Desde el dia 26 el pulso y temperatura fueron normales, el dolor inguinal ménos intenso, y la miccion se siguió verificando sin dificultad, con solo vaciar el pesario que se extrajo el dia 4 del mes actual, en cuya fecha se prescribieron inyecciones vaginales con solucion de ácido bórico al 1/100. (1)

Cicatrizada ya la quemadura, que se curó con pomada de iodoformo, fué llevada la enferma el dia 21 á la mesa de reconocimientos, y se demostró allí un nuevo caso en favor del procedimiento empleado: el útero, móvil en el canal pelviano, é inclinado hácia

(1) Estas inyecciones se emplean últimamente sustituyendo á las de bicloruro de mercurio, que producen estimatitis.

la izquierda, no se dejó ver en la vulva cuando la enferma se puso *en cuclillas* y contrajo fuertemente el abdómen; notándose además, que la cicatriz de la quemadura se hunde en el momento de la contraccion.

La operada permanece hasta la fecha (24 de Abril) en el Hospital, reponiendo sus fuerzas disminuidas por el reposo prolongado y la dieta; abrigando fundadas esperanzas de no sufrir más las penalidades de una enfermedad que la habia condenado á la inaccion.

Como en algunos otros casos, en el anterior bastó la *suspension unilateral* para corregir la caida del útero. El accidente sobrevenido durante la operacion fué del todo independiente de ella, y el que se presentó despues (la hematuria) duró tan poco tiempo, que puede considerarse de poca importancia.

La matriz en látero-version es capaz de originar trastornos en el aparato generador; pero no comparables á los ocasionados por el prolapsus, y de aquí la preferencia de aquella posicion á esta última.

OBSERVACION DUODECIMA.

Procidencia del útero, cistocele y rectocele.—Suspension uterina con el alambre galvano-cáustico.—Curacion probable.

Como de 60 años de edad, de mala constitucion y de temperamento linfático es Fabiana Benitez, que ocupó la cama número 12 el dia 11 del presente mes. Esta mujer ha parido 10 hijos, de los cuales el menor tiene 13 años, y todos ellos nacieron estando la madre *de rodillas* en el momento del parto; pero desde el antepenúltimo alumbramiento, la matriz descendió hasta presentarse fuera de la vulva, y en los embarazos subsecuentes, la entraña se reducia por sí sola para volver á colgar luego que se desocupaba.

Comprobada la procidencia del útero en union de la vejiga y el recto, se procedió á practicar la *suspension* el dia 14, pasando el alambre galvano-cáustico en los dos lados, sin que hubiera que lamentar accidente alguno durante la operacion. El tratamiento acostumbrado fué prescrito, despues de colo-

car un tapon flojo en la vagina y cubrir las quemaduras inguinales con colodion antiséptico.

Quizá en ninguna de las operadas se habia observado la tolerancia que en esta última, pues, á pesar de su débil constitucion, la única consecuencia del traumatismo fué la hematuria, que se presentó en la tarde de la operacion para desaparecer en la mañana del dia siguiente.

Cuando á los cuatro dias de practicada la *suspension*, (dia 18) se descubrieron las quemaduras, supuraban abundantemente: desde entónces se curan con pomada de iodoformo, y están en vía de cicatrizacion. El tapon, que se cambiaba diariamente, quedó suprimido el dia 22. La enferma continúa en la posicion horizontal, hasta la fecha, sin molestia alguna; esperando que cicatrizen sus quemaduras, y con muchas probabilidades de pasar los años que le quedan de vida, sin los sufrimientos que le ocasionaba su penoso mal.

Este es el último caso en que se ha practicado la *suspension uterina*, y que puede tambien contarse en el número de los favorables; no habiendo motivo para desconfiar del éxito, si se tiene en cuenta que además de haberse empleado el calórico suficiente, puesto que aun se presentó congestion vesical, la marcha de la convalecencia ha sido de las más felices.

V.

Descrito el procedimiento de la *suspension uterina*, citados los doce casos en que se ha puesto en práctica, conocidas las modificaciones que ha sufrido dicha operacion, y sabidos los resultados á que ha conducido; es necesario recordar las otras operaciones inventadas con el mismo fin, para hacer un estudio comparativo entre éstas y la provocacion de adherencias vagino-abdominales.

A propósito de cada uno de los referidos procedimientos, se llamó la atencion sobre la posibilidad de ejecutarlos, sus complicaciones inmediatas y consecutivas, las probabilidades de éxito que ofrecen; y á excepcion del de Alexandre Adam, que es tan dificil como peligroso, todos los demás están destinados á contener, no á sostener el útero en la cavidad pelviana; constituyendo serios inconvenientes para la concepcion y el parto.

Respecto á la *suspension uterina*, para recordar las complicaciones que pueden presentarse durante la maniobra, y las desventajas consecutivas á la operacion, hay que referirse á los casos estudiados.

En el trascurso de la operacion el único accidente

que se ha presentado, digno de mencionarse, fué la hemorragia sobrevenida en el caso de la observacion 7.ª de cuya complicacion se explicó la causa.

Entre las complicaciones inmediatas, pueden citarse como principales las que se presentaron en el aparato urinario, en la primera y tres últimas operadas, y la reaccion febril desarrollada en el caso de la observacion 5.ª Dichas complicaciones han sido interpretadas oportunamente; siendo las primeras debidas á la congestion de la vejiga y explicándose el único caso, no desgraciado, en que se ha observado calentura persistente, por las malas condiciones constitucionales de la operada, y demás circunstancias que á su tiempo se mencionaron.

De los dos éxitos fatales que cuenta la operacion, es bastante conocida la causa; pudiéndose tambien notar, que el primero tuvo lugar antes de que se modificara el procedimiento, y para el segundo contribuyó mucho la inquietud de la operada, que nunca obedeció el consejo de guardar reposo.

En resúmen: de las doce veces que se ha practicado la suspension uterina, hubo dos casos de muerte; se presentó en otro, movimiento febril, sin dar el resultado que se deseaba, y el éxito fué favorable en los nueve restantes.

De los inconvinientes que la operacion pueda traer consigo, cuando la matriz llegue á tener mayores dimensiones que al estado de vacuidad, nada se puede afirmar prácticamente; pero recordando que despues de la *suspension,* el útero queda móvil, y con un ligero descenso en la pequeña pelvis; es racional creer, que al desarrollarse el segmento inferior del

órgano durante la gestacion, no haya obstáculo que impida la marcha regular de ésta.

A la facilidad del manual operatorio en el procedimiento del Dr. Fénélon, á la rapidez con que se ejecuta, á la economía de sangre, pueden, pues, agregarse las buenas condiciones en que queda el canal vulvo-uterino para las funciones generatrices; y á la gran importancia de todas estas ventajas reunidas, no es comparable la de procedimiento alguno de los mencionados.

En cuanto á las modificaciones que al método se han hecho, cada una de ellas tiene su interés práctico, por haber señalado progresivamente el punto adonde se debe encontrar la mayor simplificacion del procedimiento; pero la más importante, es la referida en la observacion 8ª, con la cual, además de las mejores probabilidades de éxito, por el aislamiento de la superficie cauterizada, se hizo notablemente sencillo el manual operatorio; siendo de esperarse, que esta modificacion sea la precursora de otra mejor, en la que se sustituya el galvano-cauterio con un cuchillo del aparato de Paquelin, cuyo calórico sea moderado.

———

VI.

De este estudio resulta la posibilidad de curar radicalmente la caida del útero con un medio, al parecer, muy peligroso, pero realmente práctico y de eficacia demostrada; pudiéndose inferir las conclusiones siguientes:

1ª. La *suspension uterina* es un procedimiento digno de tomarse en consideracion y que marca un adelanto en la Cirujía Ginecológica.

2ª. No careciendo de peligros por la region en que se ejecuta, ha dado resultados satisfactorios practicada con precaucion.

3ª. La mejor de las modificaciones que ha sufrido hasta la fecha, es la de practicarla con el cuchillo galvano-cáustico.

4ª. Es susceptible de modificaciones más importantes, que permitan operar sin necesidad de dicho instrumento, el cual ha dado las mayores seguridades en su aplicacion.

México, Abril de 1885.

Francisco Alvarez.

FE DE ERRATAS.

PAG.	LIN.	DICE	DEBE DECIR
23	29	de cuello	del cuello
34	12	ura	uva
36	8	suspension uterina	*suspension uterina*
37	9	,, ,,	,, ,,
42	30 y 31	*suspencion*	*suspension*
58	4 y 5	suspension uterina	*suspension uterina*
62	11	,, ,,	,, ,,
64	1 y 2	,, ,,	,, ,,
73	21	está está	está
80	Nota	estimatitis	estomatitis
85	22	suspension uterina	*suspension uterina*